転倒災害に係る自主点検及び再発防止対策報告書

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業場の名称 |  | 代表者職氏名 |  |
| 所在地 |  | 事業の種類 |  |
| 点検者職氏名 |  | 労働者数 |  |

青森労働基準監督署長 殿

以下項目の□欄に✔（チェックマーク）及び対策等を御記入の上、電子メール又は郵送により御報告いただきますようお願いします。

**１　職場の安全衛生管理体制等について**　　　 解説:｢安全衛生管理体制関係｣の項目を参照→

（１）選任している安全衛生担当者について教えてください。(労働者10人以上の事業場は義務)

□安全管理者　 □衛生管理者　 □安全衛生推進者　 □衛生推進者　 □選任なし

（２）実施している安全衛生活動について教えてください。(労働者50人以上の事業場は義務)

□安全委員会　 □衛生委員会　 □安全衛生委員会　 □その他（　　　　　　　　）

※各委員会で原因究明及び対策樹立をした場合はその議事録を添付してください。

　各委員会は毎月１回以上の開催と議事録の作成・周知が義務付けられています。

**２　転倒した状況及び講じた対策について**

　※内容にもよりますが、原則、単に「注意した」で終わらせないこと。

|  |  |
| --- | --- |
| 転倒した状況 | 講じた対策 |
| □　通路等の段差などにつまずいて転倒 |  |
| □　作業場、通路以外の障害物（車止め等）につまずいて転倒 |  |
| □　設備等に足を引っかけて転倒 |  |
| □　コード等に足を引っかけて転倒 |  |
| □　凍結した通路等で滑って転倒 |  |
| □　こぼれた水、洗剤、油等で滑って転倒 |  |
| □　水場で滑って転倒 |  |
| □　雨で濡れた通路等で滑って転倒 |  |
| □　何もないところでつまずいたか、足がもつれて転倒 |  |
| □　その他 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| この報告書の内容が担当者又は担当部署限りとならないよう代表者の確認を受けた上で報告してください | 代表者が上記の内容を確認しました　――→ | ﾁｪｯｸ欄□ |